

DECLARACIÓN DE SALUD

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos _____ Nombre _____
 Profesión _____ Fecha de nacimiento _____ N.I.F. _____
 Domicilio _____ Municipio _____ C.Postal _____
 Provincia _____ Teléfono _____ Móvil _____ E-mail _____

El que suscribe, solicita acogerse a los beneficios del seguro de la Entidad arriba citada, con sujeción a las condiciones de la póliza arriba mencionada. Asimismo, declara ser exactas y sinceras las contestaciones que a continuación se expresan y no haber omitido, desvirtuado ni ocultado antecedentes o dolencia alguna.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL ASEGURADO,

CUESTIONARIO QUE DEBE CUMPLIMENTAR EL ASEGURADO

1.- Peso (Kg)	Talla (Cm)
2.- ¿Es o ha sido fumador? Especifique cantidad al día	
3.- ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad que le haya obligado a consultar con un especialista?	
4.- ¿Tiene usted alguna alteración física o funcional o algún tipo de invalidez? (Incluye miopía superior a 8 dioptrías)	
5.- ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente u hospitalizado?	
6.- ¿Va ha ser intervenido quirúrgicamente u hospitalizado en los próximos meses?	
7.- ¿Sigue tratamiento médico por algún motivo (hipertensión, diabetes, aumento del colesterol, artrosis, depresión, stress o cualquier otra patología crónica)	
8.- ¿Le han hecho alguna vez la prueba para la detección del VIH? ¿Cuál fue el resultado?	
9.- ¿Consume o ha consumido bebidas alcoholicas? Especifique cantidad al día y tipo de bebidas	
10.- ¿Consume o ha consumido estupefacientes? Especificque tipo de producto	

OBSERVACIONES

Sus datos serán incorporados a un fichero responsabilidad de MUNITEC, con la finalidad de gestionar su solicitud, prestarle nuestros servicios y hacerle llegar información comercial que pueda ser de su interés por cualquier vía, incluido el correo electrónico, por lo que todos los datos solicitados son obligatorios.

Al entregar voluntariamente sus datos, o los de terceros, usted da su CONSENTIMIENTO EXPRESO -y admite tener el de esos terceros- para su tratamiento con las finalidades descritas así como para las cesiones que para ello sean necesarias. El afectado puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito, junto con una fotocopia de su D.N.I., a nuestras oficinas, en Travessera de Dalt, 11-13, entlo. 2º. 08024 Barcelona.